DISSERTATION N° 7.

SUR

LA PLEURÉSIE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 9 janvier 1828, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;*

PAR BARTH. HONO. THÉOPHILE BANON, de port Sainte-Marie,

Département de Lot-et-Garonne.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL, *Président.*
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Examinateur.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	BERTIN.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX, *Examinateur.*
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Suppléant.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Andral.	Gibert.
Arvers.	Gerdy, *Suppléant.*
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte), *Examinateur.*	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau.
Devergie, *Examinateur.*	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DISSERTATION

SUR

LA PLEURÉSIE.

Description anatomique de la plèvre.

La plèvre, du grec πλευρὰ, *côte*, l'une des membranes du système séreux; après avoir tapissé toutes les parois de la poitrine et s'être réfléchie sur les organes que renferme cette cavité, elle s'étend de la racine des poumons au sternum pour former, une cloison de séparation entre la partie gauche et la partie droite de la poitrine. C'est dans cette cloison que se trouvent formées les cavités dites du *médiastin.*

Les plèvres, considérées, pour en faciliter l'étude, comme deux sacs membraneux sans ouverture, se trouvent donc, d'après cette considération, divisées en celle du côté droit et celle du côté gauche.

L'organisation des membranes séreuses est de nature celluleuse. L'absorption et l'exhalation de la lymphe, l'insufflation de l'air dans le tissu subjacent à ces membranes, la macération, la formation de plusieurs kystes, des hydatides, sont des preuves que l'on rapporte en faveur de l'analogie que ces membranes ont entr'elles.

Quoique composée de vaisseaux absorbans et sanguins, chaque membrane séreuse a sa structure propre, ce qui doit nécessairement établir une différence dans les maladies auxquelles chacune est sujette. C'est par cette raison que la plèvre s'enflamme beaucoup plus souvent que l'arachnoïde, que son affection ne présente point les mêmes symptômes. Pareille chose arrive aux autres membranes du même système.

Les surfaces séreuses sont très-susceptibles d'être influencées par les affections des autres organes, ce qui détermine dans les cavités splanchniques des amas de sérosité. La pratique apporte journellement des observations à l'appui de cet effet sympathique.

Si je suppose la plèvre provenant de la face postérieure du sternum, de là elle se portera en dehors en recouvrant les cartilages des côtes, ces côtes elles-mêmes, et les muscles intercostaux internes; puis, parvenue à la colonne vertébrale, au lieu de passer de droite à gauche ou de gauche à droite au devant de cette colonne, elle se dirigera d'arrière en avant pour recouvrir les parties latérales de l'aorte et de l'œsophage, au devant duquel elle s'approchera de celle du côté opposé pour former la partie postérieure du médiastin.

Ensuite elle recouvrira la face postérieure des vaisseaux qui pénètrent le poumon par la racine, la face postérieure du poumon, la face antérieure, la partie antérieure de ses vaisseaux; enfin, après tout ce trajet, elle se rapprochera de celle du côté opposé pour former la partie antérieure du médiastin, et se terminera ensuite à la face postérieure du sternum, d'où je l'ai supposée partir.

Les vaisseaux de cette membrane viennent des intercostaux, des mammaires internes, des diaphragmatiques et de beaucoup de vaisseaux absorbans.

Le scalpel n'a pu encore découvrir de nerfs dans cette membrane, mais l'état pathologique décèle assez leur existence.

Description générale de la pleurésie.

La pleurésie est définie l'inflammation de la plèvre. Cette maladie débute ordinairement par des frissons vagues, quoique assez souvent on ne les remarque pas. Peu de temps après et souvent au même temps, elle produit de la douleur dans le côté ; elle ne tarde pas à être suivie d'une chaleur vive, avec oppression, toux fatiguante et sèche, et en vingt-quatre ou quarante-huit heures les symptômes acquièrent ordinairement leur plus haut degré d'intensité. Le pouls est alors fréquent, dur et tendu; la douleur de côté, très-vive, amène une grande gêne dans la respiration, qui est comme entrecoupée ; la toux, presque toujours sèche, donne lieu à une expectoration glaireuse peu abondante, très-difficile à obtenir, non mêlée de sang ou n'en contenant que fort peu ; la peau est chaude, sèche, la figure rouge, la soif vive, la langue pourtant humide, nette ou blanchâtre. Presque toujours il y a constipation, insomnie, décubitus presque constant sur le côté affecté.

Cet état dure quatre ou cinq jours ; au bout de ce temps, soit par les seuls efforts de la nature, soit par les secours de l'art, il s'établit une sorte de détente, la douleur de côté, la toux, la soif, la chaleur diminuent ; il survient de la transpiration, ou du moins une moiteur assez marquée, l'expectoration se fait avec facilité et est plus abondante. La maladie est ordinairement jugée quand la résolution doit être complète avant le dixième jour.

Causes de la pleurésie.

Je les diviserai en *prédisposantes*, en *efficientes immédiates* et *médiates.*

Causes prédisposantes. Un tempérament sanguin ; un état de pléthore, d'irritabilité extrême ; une disposition aux fluxions, la phlo-

gose des autres organes, et surtout des autres membranes séreuses; l'étroitesse de la poitrine et sa déformation, surtout chez les personnes d'un tempérament sanguin ; l'usage des liqueurs alcoholiques.

Causes efficientes immédiates. Les percussions et contusions du thorax, les plaies pénétrantes; les efforts violens qui suspendent la respiration , la course long-temps continuée, le chant, la déclamation; les quintes de toux violentes et opiniâtres. Il est des douleurs de côté qui paraissent avoir été provoquées par la secousse de la toux, et qui dégénèrent en véritables pleurésies.

Causes médiates ou qui n'intéressent le poumon qu'en modifiant un organe en rapport avec lui. Ce sont des refroidissemens brusques succédant à une sueur copieuse, une boisson froide et glacée pendant qu'on a chaud, une température trop froide qui n'est plus en rapport avec la température du corps qui l'éprouve , enfin, tout ce qui tend à refroidir la surface du corps et à produire une métastase sur les organes pulmonaires ; le frisson, dans quelques fièvres, notamment les fièvres intermittentes.

Ces différentes causes n'ont toutes pour but que d'exalter les forces vitales de la plèvre , et de déterminer dans ses vaisseaux l'affluence d'une humeur quelconque et d'enflammer son tissu. Elles sont relatives à l'*âge* , à la *saison*, au *sexe* , à la *complexion* des individus et aux professions.

La variation de température du chaud au froid ou du froid au chaud, du sec à l'humide, le changement des vents, détermineront facilement des pleurésies ; il en sera de même des saisons caractérisées par ces variations atmosphériques.

On a remarqué que les adultes y sont plus exposés que les vieillards, et ces derniers que les enfans, quoique ceux-ci n'en soient point exempts.

Les hommes en sont plus souvent atteints que les femmes, quoique celles-ci soient plus délicates et non moins irritables.

Les forts tempéramens, les constitutions sanguines et très-irritables, les professions plus ou moins actives qu'ils exercent, les localités qu'ils habitent, ordinairement très-renfermées et très-chaudes, doivent être plus exposés que d'autres à contracter ces phlegmasies.

Marche et terminaison.

Cette maladie parcourt ordinairement ses périodes avec beaucoup de rapidité, elle présente des redoublemens qui peuvent se répéter plusieurs fois, principalement le soir et la nuit, suivant l'intensité des symptômes. Ils deviennent moins fréquens et moins forts à mesure que la maladie marche vers sa guérison. La douleur va ordinairement en augmentant jusqu'au quatrième jour, puis diminue peu à peu. Quelquefois elle parvient à son plus haut degré d'intensité dès le premier jour.

Sa durée ordinaire varie depuis quatre jusqu'à quatorze jours. Quand elle prend le caractère chronique, sa durée est indéterminée.

La résolution est la terminaison la plus ordinaire de cette maladie; elle peut se terminer par la gangrène ou par l'inflammation chronique.

Quand elle se termine par résolution, on remarque une diminution des symptômes du troisième au quatrième jour, et la guérison a lieu au septième ou au neuvième. Le plus souvent cette terminaison se fait par une excrétion d'urine abondante et sédimenteuse, par une expectoration copieuse, un flux menstruel, hémorrhoïdal; et d'autres fois des dépôts se forment derrière les oreilles ou entre la plèvre costale et les muscles intercostaux. Le pus contenu dans ces derniers peut se faire jour à l'intérieur de la poitrine et causer des accidens graves.

Les adhérences entre la plèvre costale et pulmonaire sont presque toujours la suite de leur inflammation; quelque favorable d'ailleurs que soit la crise pendant la vie, il est difficile de reconnaître leur existence, car la dyspnée, la toux petite, sèche, que le malade

éprouve après un léger exercice, la douleur légère, le tiraillement dans le lieu primitivement affecté n'ont pas toujours lieu, et ces symptômes pourraient être le résultat de quelque autre maladie.

La terminaison par gangrène arrive le plus souvent à la suite de la complication de la pleurésie avec la fièvre adynamique et ataxique; cependant si l'inflammation était portée à un très-haut degré, la gangrène pourrait en être la suite sans autre complication. On reconnaît cette terminaison à la cessation subite de la douleur, la petitesse du pouls et parfois son intermittence, à la prostration des forces, aux crachats noirâtres, à la respiration stertoreuse et à l'odeur putride de l'air expiré.

Il est difficile d'assigner à quelle époque la pleurésie prend le caractère chronique; cependant, lorsque vers le neuvième jour il n'y a aucune apparence de crise, et que les symptômes continuent avec la même intensité, on peut présumer cette terminaison, qui souvent s'annonce par une pesanteur dans l'estomac, par la difficulté de respirer, une petite toux sèche et une fièvre d'abord irrégulière, qui ne tarde pas à prendre le caractère de la fièvre hectique. D'autres fois le malade éprouve un sentiment d'oppression dans la poitrine et une douleur sourde, le sommeil est agité et entrecoupé par des réveils en sursaut, la peau est sèche et aride, les paupières et les extrémités inférieures œdémateuses. La percussion de la poitrine donne un son mat et sourd, la respiration est courte et laborieuse, la face pâle, et tous les symptômes d'un hydro-thorax très-vaste se manifeste.

La pleurésie chronique est le plus souvent le résultat de la pleurésie aiguë; quelquefois elle est produite par un catarrhe, une péricardite.

Les personnes qui ont des prédispositions à la phthisie paraissent être le plus sujettes aux inflammations lentes de la plèvre dont parlent les auteurs anciens. Cette maladie étant rare, et les symptômes obscurs, il est difficile d'en donner une description exacte.

Variétés et complications.

On a distingué la pleurésie en *idiopathique* et en *symptomatique*.

La première est la plus fréquente et demande un traitement direct, tandis que l'autre cède au traitement de la maladie principale.

On reconnaît toujours la pleurésie symptomatique à la manière dont elle débute; elle est ordinairement précédée d'une maladie plus prononcée, ou si les deux maladies paraissent ensemble, la pleurésie est peu intense.

Boërhaave, *Stall* et autres ont distingué la pleurésie par rapport à la partie de la plèvre, qui peut en être le siége. Ainsi *pleurésie costale*, *pulmonaire*, *médiastinique*, *antérieure* ou *xiphoïde*, *postérieure* ou *dorsale* de Baillou. La diaphragmatique n'est elle-même qu'une variété de la pleurésie. Ces distinctions n'offrent rien d'utile pour la pratique.

Quant à la distinction en *sèche* et *humide*, je n'ai pas dessein de m'y arrêter; il est généralement reconnu qu'on réunissait sous le même titre deux maladies bien distinctes. Les professeurs *Portal* et *Pinel* ont démontré que la pleurésie humide n'était autre chose que la pleuro-pneumonie.

La pleurésie peut se compliquer avec d'autres maladies, qui en changent la marche et en augmentent le plus souvent le danger.

La complication de la pleurésie avec la pneumonie constitue ce qu'on appelle la *pleuro-pneumonie*. Quant elle a lieu, on remarque des symptômes très-prononcés de péripneumonie mêlés à ceux de la pleurésie. Ainsi, en même temps que le toucher angmente la douleur, que l'inspiration est très-pénible, et que le pouls est petit, on observe que la douleur à la poitrine est profonde et pongitive, que la toux est humide, que les crachats sont rouillés ou sanguinolens, ou même purulens. La face est très-animée.

Complication gastrique, bilieuse. Elle est très-fréquente. Tous les individus peuvent avoir un embarras gastrique et être exposés en

même temps aux causes de la pleurésie, surtout dans les saisons chaudes. Alors, outre les symptômes de la pleurésie, il y a céphalalgie susorbitaire, amertume de la bouche, langue sale, jaunâtre, perte d'appétit, pesanteur à l'épigastre, lassitude extrême des membres.

Complication adynamique. Elle est beaucoup plus rare, et a lieu chez des sujets affaiblis par l'âge ou des maladies antérieures. La pleurésie paraît d'abord, viennent ensuite les symptômes d'adynamie; la langue brunit, le pouls s'affaiblit, les forces diminuent, l'expectoration se supprime entièrement, la respiration est plus difficile.

Complication catarrhale. Fréquente dans les saisons froides et humides, dangereuse en ce qu'elle dispose à la pleuro-pneumonie. On observe les signes du catarrhe et de la pleurésie.

La pleurésie peut être compliquée de péricardite, de péritonite, d'hépatite, d'asthme, de phthisie. Je ne fais qu'indiquer ces complications; les bornes de ma dissertation ne me permettent pas d'en parler en particulier.

Diagnostic.

Le diagnostic de cette maladie se tire, pendant la vie, des phénomènes locaux et généraux, et des signes fournis par la percussion du thorax et l'auscultation médiate à l'aide du cylindre de M. *Laennec* (on se sert aussi de la mensuration de la poitrine); après la mort, des altérations pathologiques et des phénomènes cadavériques.

La pleurésie bien caractérisée débute ordinairement par un frisson suivi d'une douleur fixe et pongitive dans un des côtés ou bien les deux côtés de la poitrine; fièvre vive, toux sèche, respiration entrecoupée et douloureuse, point d'expectoration, ou crachats fort difficiles à obtenir et visqueux; le malade est couché sur le côté affecté; la poitrine se dilate moins du côté malade que de l'autre, et finit par rester tout à fait immobile.

La percussion n'offre alors qu'un son sourd ou bien nul. Le cylindre fait entendre une grande diminution ou bien l'absence totale du bruit de la respiration, et offre la cessation et le retour de l'égophonie. Si l'absence de la respiration est totale, uniforme, égale après quelques heures de maladie du côté affecté, excepté le long de la colonne vertébrale, dans un espace d'environ trois doigts qui correspond à la racine des poumons, il existe un épanchement abondant dans la cavité correspondante de la plèvre. Le bruit de la respiration peut cependant, malgré tous ces signes d'épanchement, se faire entendre sous les clavicules ; alors il existe une adhérence de la plèvre costale à la plèvre pulmonaire, à la partie supérieure du poumon. Le bruit de la respiration, qui reparaît au bout de quelques jours, n'est pas toujours un signe certain de la diminution de l'épanchement ; ce phénomène peut tenir au rétablissement partiel des fonction du poumon, affaissé d'abord par le liquide et habitué à ce poids ; l'égophonie seule peut rectifier cette erreur.

La respiration puérile dans le côté sain fait penser qu'il existe du côté opposé un épanchement peu considérable.

L'égophonie ne se manifeste guère que le deuxième ou troisième jour ; il se montre surtout où l'épanchement est le moins épais, à la partie supérieure du poumon et à sa racine.

M. *Laennec* assure que le côté où se fait l'épanchement augmente d'étendue même dans la pleurésie récente, surtout chez les sujets maigres ; on peut alors mesurer tous les jours la poitrine avec un ruban.

Mais lorsque la douleur manque pour indiquer la pleurésie, comme dans le cas de l'inflammation d'un autre organe, l'absence promptement subite du bruit de la respiration, la persistance de ce bruit à la racine du poumon, l'apparition, la disparition et le retour de l'égophonie, la respiration puérile dans le côté sain, deviennent des signes précieux, surtout dans la pleurésie chronique.

Autopsie du cadavre.

L'ouverture des corps qui ont succombé à la pleurésie offre aux yeux du médecin observateur différens résultats pathologiques.

Tantôt c'est une rougeur plus ou moins foncée, quand la maladie a été promptement mortelle ; quelquefois la plèvre n'a pas changé de couleur. Tantôt c'est une matière albumineuse qui simule une seconde membrane dans le liquide épanché ; tantôt, et c'est dans le cas de suppuration, la cavité thoracique est remplie de pus, de flocons albumineux, qui nagent au milieu d'une sérosité plus ou moins abondante.

La cavité thoracique peut être remplie de sérosité sans suppuration.

Au rapport de M. *Laennec*, l'épanchement pleurétique est communément inodore dans la pleurésie aiguë ; ce n'est que dans le cas d'un homme mort de péripneumonie à la suite d'un empoisonnement par l'opium, qu'il dit avoir trouvé l'épanchement fétide.

A la page 366, M. *Laennec* fait mention du rétrécissement de la poitrine à la suite de certaines pleurésies ; c'est, dit-il, à une terminaison irrégulière de la pleurésie chronique, ou de la pleurésie aiguë devenue chronique, qu'est dû ce rétrécissement. Il développe ensuite la manière dont se forme ce rétrécissement. Une membrane fibro-cartilagineuse qui confond la plèvre costale et pulmonaire y joue le principal rôle. Plusieurs observations rapportées confirment l'exactitude de cet état pathologique.

On trouve quelquefois la plèvre gangrénée ; mais ce n'est que dans le cas d'une inflammation très-intense, ou bien dans le cas de la complication adynamique. Tantôt c'est une rougeur avec épaississement, accompagnée d'une véritable hydropisie, comme dans le cas de pleurésie chronique. C'est dans cette circonstance surtout que les poumons se trouvent simultanément affectés.

Dans la pleurésie chronique, dit *Pinel*, le poumon devient souvent tuberculeux, et semblable à ceux des phthisiques au premier degré, par une communication de l'affection primitive de la plèvre.

Enfin ce sont des concrétions, des hydatides, au rapport de M. *Portal*. J'ai vu un cas de ce genre dans le liquide extrait de la cavité abdominale d'un chien affecté d'ascite, et opéré par M. *Lafargue*, médecin vétérinaire au port Sainte-Marie; ce liquide n'était aux trois quarts qu'un amas d'hydatides.

Prognostic.

Il varie suivant l'âge, le sexe, le tempérament, l'intensité des symptômes, les complications et les terminaisons. Quand la pleurésie est simple et modérée, elle est rarement fâcheuse; mais si elle est intense, elle peut devenir mortelle, surtout si au début on a négligé la saignée. Elle sera encore plus à craindre dans les complications adynamiques, ataxiques. Les personnes qui ont déjà éprouvé cette affection, ou qui sont affaiblies par des maladies antérieures; les jeunes gens robustes, pléthoriques, ceux qui sont disposés à la phthisie; les femmes enceintes, les vieillards, courent le plus grand danger. En général, la respiration est une des fonctions qui sert le plus au médecin dans le jugement qu'il doit porter de l'heureuse ou fâcheuse issue de la maladie : ainsi, lorsqu'elle est peu gênée, on doit en tirer un bon augure; mais le malade ne peut-il respirer qu'assis, quoique le pouls soit assez bon, le prognostic n'en est pas pour cela moins funeste. *Bona respiratio, semper bonum indicat, mala vero semper timenda.* (Baglivi.) Lorsque la douleur diminue, ou qu'elle quitte le lieu qu'elle occupait d'abord pour se porter soit au dos, à l'épaule ou à la main, on peut espérer une prompte guérison; mais si elle persévère, et avec une constance opiniâtre, dans le siége primitif; si la fièvre et la toux se prolongent au-delà du onzième jour, on doit s'attendre à des acci-

dens graves et souvent funestes, tels qu'un épanchement séreux ou purulent dans la cavité de la plèvre, ou le passage à l'état chronique.

L'anxiété qui se manifeste chez un sujet d'un tempérament sanguin est souvent avant-coureur du délire, qui est toujours à redouter. La diarrhée, qui peut être salutaire si elle arrive aux jours critiques, est dangereuse au commencement de la maladie. *Diarrhœa ab initio morbi superveniens periculosa admodùm, et plerumquè; non tamen semper lætifera.* (Triller, aph. 27.) Les crises complètes qui arrivent à temps par l'hémorrhagie, les crachats, les selles, les urines, les sueurs, terminent promptement et heureusement la maladie. Mais si ces mouvemens salutaires sont troublés, et que leur effet reste incomplet, le cours de la maladie est interrompu, la fin reculée, et son issue à craindre.

Traitement.

Plusieurs méthodes thérapeutiques ont été proposées et suivies pour cette maladie; aussi on a employé tour à tour l'huile dans toutes les affections de poitrine, *Razori* l'émétique, et M. *Laënnec* en a obtenu de très-heureux résultats dans ces affections, même dans la pleurésie aiguë. Malgré que je l'aie vue moi-même réussir, comme par miracle, dans les mains de M. *Récamier*, ce moyen me paraît quelquefois hasardé et dangereux; il est plus prudent de s'en tenir seulement à la méthode débilitante ou révulsive, qui est aujourd'hui généralement suivie dans le traitement de cette maladie, et qui réussit le mieux.

Aussi on emploie tour à tour les saignées générales ou locales, les adoucissans, les légers diaphorétiques, quelquefois même les purgatifs légers, et surtout les révulsifs de tout genre.

La saignée, dans la pleurésie aiguë, n'est efficace que lorsqu'elle

fait perdre beaucoup de sang, parce qu'en effet la saignée n'agit bien sur les membranes séreuses et sur la peau que lorsqu'elle produit une déplétion considérable. Quand, malgré une première saignée, la douleur ne diminue pas ; quand la gêne de la respiration commence à remplacer l'entrecoupement de l'inspiration ; quand le pouls se développe malgré les émissions sanguines, on peut, à l'aide des sangsues, diminuer la douleur de côté ; mais il faut d'abord saigner pour diminuer la gêne du poumon comprimé par l'épanchement.

Les ventouses ne peuvent être employées dans la pleurésie aiguë, car elles mettent dans une sorte d'état pleurétique les personnes chez qui on les applique sur le thorax. Les sangsues sont bien plus utiles, si on les fait couler long-temps, et qu'on ait le soin de recouvrir les piqûres d'un large cataplasme souvent renouvelé, ou de flanelles sèches. Les fumigations chaudes sur la poitrine peuvent devenir dangereuses, en ce qu'elles peuvent, en se refroidissant, développer la maladie qu'elles sont appelées à calmer : c'est un mauvais moyen.

Il en est de même du bain en général ; il ne peut convenir, au moins dans la pleurésie aiguë, parce qu'il accélère trop la circulation générale, et que la respiration n'est plus gênée.

Les rubéfians, les sinapismes, les vésicatoires agissent bien quand les émissions sanguines ont fait cesser l'accélération du sang, diminué la gêne de la respiration et du point de côté : alors ils produisent sur la peau un afflux d'humeurs semblable à celui de la plèvre.

A l'intérieur on doit donner les boissons émollientes légèrement chaudes : les expectorans ne peuvent que nuire ; les narcotiques sont toujours également nuisibles, et ne conviennent que lorsqu'il existe une névrose.

Lorsque le malade est dans une sorte d'insensibilité, dans un profond abattement ; il ne faut pas donner les toniques, mais explorer

la poitrine avec le plus grand soin, et agir toujours d'après les indications que j'ai notées, par les saignées, les sangsues, le régime le plus sévère et le mieux entendu.

Les précautions hygiéniques sont indispensables dans cette maladie; ce soin d'éloigner les causes qui ont produit la pleurésie entre pour la moitié dans son traitement. Ainsi une température toujours tiède dans la chambre, des vêtemens légers, sont des précautions qu'il ne faut jamais négliger.

FIN

HIPPOCRATIS APHORISMI.

(*edente* PARISET).

I.

A pleuritide, aut à peripneumoniâ detento, alvi profluvium superveniens, malum. *Sect.* 6, *aph.* 16.

II.

Acidum ructantes non admodum pleuritici fiunt. *Ibid.*, *aph.* 33.

III.

A pleuritide peripneumonia, malum. *Sect.* 7, *aph.* 11.

IV.

Lassitudines sponte obortæ, morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

V.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit. *Sect.* 5, *aph.* 10.

VI.

Qui pleuritici facti, non repurgantur supernè in quatuordecim diebus, his in suppurationem convertitur. *Ibid.*, *aph.* 8.